

REEMPLAZO SOBRE DECLARACION/AUTORIZACION (DFA 303)

Instrucciones: En la parte A marque las casillas que aplican al caso de usted, firme y devuelva este formulario antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que reportó su pérdida o no se hará el reemplazo.

PARTE A - Declaración jurada del grupo para fines de estampillas para comida (grupo)

Yo, _____, declaro que el hogar:

- No recibió en el correo**
 - La tarjeta de autorización para participar (ATP) u otro documento de autorización (AD)
 - _____
 - Las estampillas para comida para el período de _____

en la dirección para el correo (número, calle, apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección del hogar (si es diferente) (número, calle)		
Ciudad	Estado	Código postal

- Recibió una ATP/AD para el período de _____** pero fue: Robada Dañada Otro
- Recibió las estampillas para comida para el período de _____** pero fueron dañadas. Cantidad dañada \$ _____
- Compró comida con los beneficios de estampillas para comida,** pero la comida fue dañada. Cantidad dañada \$ _____
- Otro**
¿Qué pasó y cuándo?: _____

También declaro que si en cualquier momento recibo la ATP/AD o las estampillas para comida que se mencionan arriba, la regresaré a:

Declaro que la declaración anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. También entiendo que es posible que se me descalifique del Programa de Estampillas para Comida, multe, encarcele o se me apliquen las tres sanciones si doy información errónea o incompleta.

FIRMA DEL MIEMBRO RESPONSABLE DEL GRUPO, O REPRESENTANTE AUTORIZADO	Fecha
---	-------

PARTE B - ACUSE DE RECIBO (EN PERSONA)

Certifico que recibí un reemplazo por la cantidad de \$ _____.

- ATP/AD Estampillas para comida
- _____

FIRMA DEL MIEMBRO RESPONSABLE DEL GRUPO, O REPRESENTANTE AUTORIZADO (QUE RECIBIO EL REEMPLAZO)	Fecha
--	-------

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Case Name: _____
 Case Number: _____
 Worker: _____
 Date DFA 303 Received: _____

PART C - BENEFIT LOSS

Loss : ATP/AD Food Stamp Benefits Food Issuance: Certified/Registered Mail Regular Mail OTC
 Date Original Benefit Issued: _____ Date Loss Reported: _____
 Type of Loss/Disaster: _____ Value of Food Coupon Allotment: \$ _____
 Source of Verification: _____
 Confirmed that reported loss was not returned on _____ (Date)

PART D - REPLACEMENT AUTHORIZATION

Other replacements received by the household during the last 6 months:
 Countable (Loss to CWD) \$ _____
 Noncountable (No Loss to CWD) \$ _____
 Determination Pending

APPROVED
 ATP Serial No.: _____ Authorized Replacement Amount \$ _____
 Food Stamp Benefits \$ _____
 _____ \$ _____

DENIED
 Reason for Denial (Explain): _____

NAME OF PERSON AUTHORIZING/DENYING REQUEST	DATE
--	------